

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 20 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Ch. BILOT

Ancien Externe des Hôpitaux

LES

Abcès Sous-Phréniques

d'Origine digestive

Président : M. POZZI, professeur

Juges { MM. DE LAPERSONNE, professeur
MARION, agrégé
AUVRAY, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.	}	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.		DELBET
	}	QUENU
Clinique chirurgicale.		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
	}	PINARD
Clinique d'accouchements.		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
ET DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BROCA

Professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Tenon

MONSIEUR LE DOCTEUR BEURNIER

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale, Chirurgien
de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR CARNOT

Professeur agrégé, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE DOCTEUR HIRTZ

Médecin de l'Hôpital Necker

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARPENTIER

Médecin de l'Hospice de la Salpêtrière

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique chirurgicale, Chirurgien de
l'Hôpital Broca

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANSELME

Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Broca

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les abcès sous-phréniques

D'origine digestive

INTRODUCTION

Au cours de notre stage dans les hôpitaux nous avons eu l'occasion d'observer un cas très intéressant d'abcès sous-phrénique consécutif à un ulcéro-cancer de l'estomac dont le diagnostic ne fut pas fait. Nous avons également constaté un cas d'appendicite se révélant cliniquement par des symptômes lombaires plutôt qu'abdominaux. Dans ce cas, l'intervention montrait deux choses distinctes : d'une part, des lésions appendiculaires, (l'appendice étant en position rétro-cæcale), et d'autre part, une collection suppurée distincte ou en continuité avec l'abcès appendiculaire mais plus haut située au niveau de la région rénale (près du pôle inférieur du rein, à l'angle des côlons).

Le diagnostic très hésitant faisait pencher pour l'hypothèse d'une collection sous-phrénique.

Le souvenir de ces cas très intéressants nous est

resté gravé et nous avons voulu, par une étude minutieuse, chercher à connaître l'histoire clinique, et résoudre le problème diagnostique de cette question. Nous avons été amené ainsi à faire une étude à peu près complète de ces abcès sous-phréniques d'origine digestive.

Avant de commencer, qu'il nous soit permis de témoigner à notre excellent maître, M. le professeur Pozzi, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, l'expression de toute notre reconnaissance.

HISTORIQUE

Si les suppurations sous-diaphragmatiques compliquant les affections hépatiques étaient déjà connues après le milieu du XVIII^e siècle, puisque Tacconi en 1740 rapporte des observations de suppurations sous-phréniques compliquant une cholécystite calculieuse, ce n'est qu'un siècle plus tard que Wintrich rapporta une observation précise de suppuration sous-phrénique de cause digestive. Il diagnostiqua cette affection chez une femme atteinte d'ulcère d'estomac. Et son observation fut confirmée par l'autopsie.

La connaissance clinique de cette complication, ne fut pas observée à la même époque pour toutes les affections du tube digestif.

La première observation clinique de suppuration sous-phrénique d'origine gastro-intestinale a trait à un ulcère d'estomac.

Avant Wintrich en effet, les observations de Littres (1704), de Baillie (1803), d'Abercrombie 1830, qui, les premiers, avaient décrit les phénomènes cliniques de l'ulcère d'estomac et ses complications, sans le désigner encore sous ce nom, ne font nulle-

ment mention de cette complication. Cruveilhier, qui, en 1838, donna à l'affection classiquement connue aujourd'hui le nom d'ulcère simple de l'estomac, ne fait aucune allusion aux suppurations sous-diaphragmatiques.

En 1855, on trouve cependant relaté chez cet auteur un fait d'observation clinique, avec autopsie.

L'histoire des abcès consécutifs à l'ulcère du duodénum est la seconde en date. C'est Pusinelli qui en 1887, en rapporta l'observation, car les premiers travaux sur l'ulcère du duodénum qui remontaient à Klinger (1861), à Trier (1863) passent sous silence cette complication. Après Pusinelli, Scheurlen, Bouchaud, Finkelstein, et, plus récemment, Hartmann et Routier, en ont rapporté des cas très intéressants.

La troisième place doit être donnée et de par la fréquence, et de par l'étude chronologique, aux abcès consécutifs au cancer de l'estomac.

On connaît les observations de Neusser en 1884 et celles plus récentes de MM. Gilbert et Lereboullet.

Pour ce qui est des abcès appendiculaires sous-phréniques, c'est Spillmann qui en 1898, publie la première observation qui se rapporte réellement à une véritable suppuration sous-phrénique.

Dans les observations anciennes de typhlite de Louyer-Villermay, on retrouve sans doute des cas de suppuration rétro-colique un peu haute, Mélier en 1827 en donne également des exemples ; mais il s'agit tout simplement de l'abcès appendiculaire

rétro-cæcal. De même dans les formes classiques bien connues de nos jours et caractérisées par de multiples foyers purulents, la présence de pus au niveau de la région sous-diaphragmatique n'est qu'une localisation sans intérêt, étant donné les foyers multiples de dissémination.

Les abcès des autres portions du tube digestif sont plus rares.

On connaît les deux observations de Fenwick qui ont trait à une suppuration péri-œsophagienne chez deux malades atteints d'ulcère de l'œsophage. On ne trouve pas trace de cette complication dans les observations de Zenker, Ziemsen en 1877, ni dans les travaux de Zahn et Chiari. Dans les thèses plus récentes de Berren, 1887 et de Sahel on parle de péri-œsophagite, mais pas d'abcès sous-phrénique proprement dit.

Enfin, citons les cas plus rares que rapporte M. Guibal, consécutifs à des ulcérations du côlon dues à la fièvre typhoïde (Antonof 1890), à la dysenterie, (Bruen, Jayle, Williams, 1897) et le cas consécutif à une entérite infectieuse ulcéralive post-rubéolique qu'ont observé MM. Roger et Comte en 1897.

Bien plus tard en 1906, dans la *Semaine médicale*, M. Carnot fait une étude nette et remarquable, mais c'est une étude portant sur les abcès sous-phréniques en général.

A cette période d'observations clinique fait suite une période de traitement chirurgical. Cette phase est assez récente.

C'est Debove et Rémond qui firent opérer chirurgicalement un cas d'abcès sous-phrénique consécutif à un ulcère d'estomac.

En 1897 Finkelstein, dans un travail important, étudie les voies d'abord de l'abcès et préconise surtout la voie transpleurale.

Monod et Vanverts évitent la plèvre qu'ils soulèvent.

En 1897 on discute les indications thérapeutiques de ces abcès à la Société de Chirurgie où MM. Michaux, Routier, Jalaguier et Walther prennent la parole.

En 1900, Julius Weber fait paraître un travail remarquable sur les abcès d'origine appendiculaire.

En 1902 M. Lejars distingue les voies d'accès suivant le siège de l'abcès.

ETIOLOGIE

C'est le tractus digestif qui occupe la première place dans l'étiologie des suppurations sous-diaphragmatiques, mais tous les segments du tube gastro-intestinal ne méritent pas la même importance.

Il ressort de toutes les observations que c'est au premier rang l'ulcère d'estomac qu'il faut incriminer, puis viennent, dans l'ordre, les lésions de l'appendice, du duodénum, le cancer de l'estomac.

Si nous consultons à cet égard un certain nombre de statistiques, voici les renseignements qu'elles nous fournissent sur la fréquence de l'atteinte des différentes parties du tube digestif.

Statistique de Maydl :

Affections de l'estomac.....	35
— du duodénum.....	8
— de l'appendice.....	25

Sur 161 cas d'abcès sous-phréniques de causes différentes.

Statistique de Martinet :

Estomac.....	55
Appendicite.....	8

Sur 130 abcès sous-phréniques.

Statistique de M. Piquand :

Estomac	Ulçère	234
	Cancer	11
Duodénum.....		36
Jéjuno-iléon et gros intestin		20
Appendicite.....		191

Sur 890 abcès de sièges différents.

L'adulte paie le plus fort tribut ; chez l'enfant l'affection est exceptionnelle. M. Piquand en a recueilli 25 observations, dont 3 chez des enfants de six ans et au-dessous.

L'affection paraît plus fréquente chez la femme. Si M. Piquand note une proportion un peu plus grande chez l'homme, c'est qu'il comprend également dans ses chiffres les abcès sous-phréniques de cause hépatique, rénale, thoracique, etc.

PATHOGÉNIE

Comment se fait la propagation de l'infection dans tous les cas ?

Le fait est simple à saisir pour ce qui est de l'estomac, du duodénum, de l'angle des côlons. L'infection se fait par perforation plus ou moins apparente.

Pour ce qui est de l'appendice il est plusieurs modes de transport du germe :

1° Par voie sanguine, comme dans les cas de M. Tuffier ; l'examen du sang révèle l'effraction du germe pathogène.

Nous ne parlerons pas ici des abcès sous-phréniques compliquant les abcès du foie d'origine appendiculaire, cas dans lesquels le germe emprunte la grande mésentérique.

2° Par propagation conjonctivo-lymphatique. Le pus remonte en suivant le côlon, aboutit ainsi au foie, comme dans les cas de M. Lapointe, mais il faut remarquer que quelquefois la traînée purulente n'est pas continue.

Parfois le pus décolle le tissu cellulaire sous-péritonéal ou l'infection emprunte les lymphatiques sous-péritonéaux comme dans le cas classique de Koerte et les cas de Julius Weber.

ETUDE ANATOMIQUE

Pour bien comprendre le siège des abcès sous-phréniques d'origine gastro-intestinale, quelques notions anatomiques que nous réduirons à la compréhension stricte du sujet, sont nécessaires.

Il est classique de décrire cinq loges sous-phréniques.

Deux sont situées entre le diaphragme et le foie et sont séparées par une cloison antéro-postérieure formée par le ligament falciforme.

Comme on le sait, la loge droite est comprise entre le diaphragme en haut, le foie en bas ; en avant elle communique avec la cavité péritonéale.

Latéralement : à gauche, est le ligament supérieur ; à droite, la paroi abdominale, en arrière est la réflexion du ligament coronaire (feuillet supérieur) qu'on peut bien voir sur le schéma II.

La loge gauche supérieure est comprise entre le diaphragme en haut ;

Le foie (lobe gauche) en bas ;

Le ligament suspenseur, à droite ;

La région splénique, à gauche ;

Le ligament coronaire, en arrière.

En avant elle communique avec la grande cavité péritonéale.

La loge rétro-stomacale, formée par l'arrière cavité des épiploons est limitée :

En avant, par l'estomac ;

En arrière, par le pancréas ;

En haut, par le péritoine qui va de l'estomac à la paroi vertébrale ;

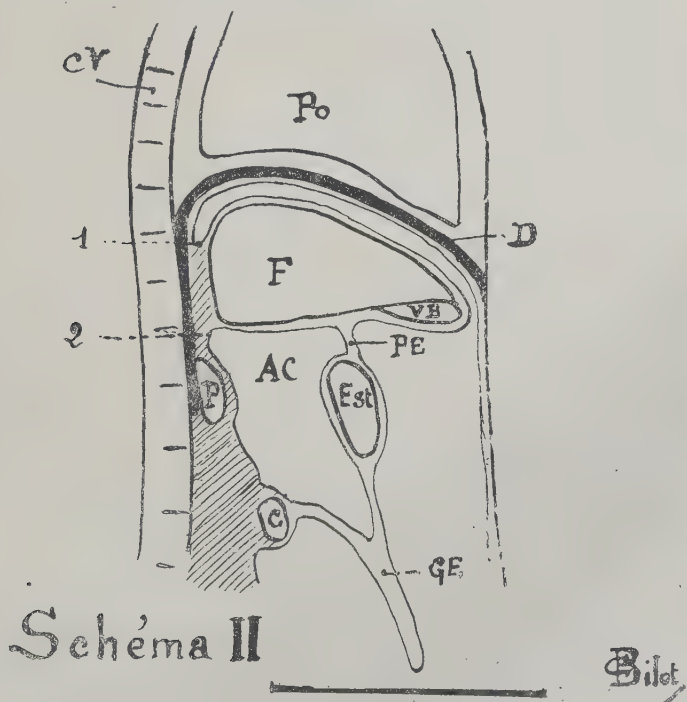
En bas, par le cul-de-sac péritonéal inférieur dont le point le plus déclive répond au milieu de la grande courbure.

L'arrière-cavité proprement dite est précédée du vestibule où s'étend également la suppuration. Le vestibule est limité en arrière par la veine-cave.

En avant par le petit épiploon, en bas par l'angle du duodénum et de la veine-cave.

En haut par le prolongement caudé du lobule de Spiegel.

les abcès de duodénum sont peu fréquents auprès des abcès du lobe droit du foie, dont la propagation habituelle se fait dans cette loge. Pourtant nous rapportons une observation de suppuration sus-hépatique droite consécutive à une perforation du duodénum. (Obs. IV.)



La loge sus-hépatique gauche est tributaire des suppurations gastriques antérieures. Dans la loge rétro-stomacale se collectent les abcès de la face postérieure de l'estomac. La loge périsplénique limite les abcès de la grosse tubérosité de l'estomac et de l'angle gauche du colon.

Dans la loge sous-péritonéale baignent les abcès

de l'œsophage, des côlons et enfin les abcès appendiculaires qui fusent derrière le côlon ascendant en suivant la trame cellulaire sous-péritonéale.

Contenu des abcès

Nous connaissons les parois de l'abcès ; étudions maintenant le contenu de ces collections.

Il est essentiellement variable.

Dans la coque fibro-purulente qui agglutine les organes voisins du point où est la lésion principale, on trouve du pus, souvent très abondant, 3 litres et plus, d'odeur horriblement fétide, contenant des détritux alimentaires transformés; parfois même ces abcès sont gazeux. Ils ont été bien étudiés par von Leyden qui leur a donné le nom de pyopneumothorax sous-phréniques.

D'où viennent ces gaz ?

Viennent-ils d'une perforation de l'intestin ou bien naissent-ils de fermentations putrides ?

Dans 222 cas d'abcès gazeux que rapporte M. Piquand 129 sont consécutifs à des ulcères d'estomac, 15 à des perforations intestinales, 27 à des appendicites, 51 seulement des maladies n'intéressant pas le tube digestif.

Mais d'autres fois il n'y a pas trace de perforation, et il semble que les gaz résultent d'une fermentation microbienne. On sait que les anaérobies déterminent ces fermentations et même certains aérobies comme l'a montré Legros dans sa thèse.

Dans un cas d'Umber, rapporté par M. Piquand, d'abcès sous-phrénique post-appendiculaire sans perforation de l'appendice, l'auteur a démontré la présence d'un micro-organisme à fermentation gazeuse (le *para-colibacillus* aéroène).

L'abcès sous-phrénique est en général unique. Cependant, Martinet rapporte dans sa thèse un cas d'abcès sous-phrénique consécutif à un ulcère d'estomac, coïncidant avec une collection sous-costale et pelvienne. Dans les lésions appendiculaires, la dissémination est encore plus considérable, mais nous éliminons ces cas de notre sujet, car ils n'ont aucun intérêt clinique ni thérapeutique.

Microbes. — Le pus peut être stérile, c'est l'exception, et à ce sujet, Dalbes donne des exemples curieux de cette stérilité ; en général des germes se retrouvent dans la collection.

C'est le colibacille qu'on rencontre le plus souvent (Brünner, Barnard, Beck, Guinard, Picqué).

En deuxième ligne vient le streptocoque (Gilbert et Lereboullet; Walther).

Puis le staphylocoque, parfois associé au bacille pyocyanique (Debove et Remond).

Enfin les anaérobies (Dieulafoy, Gilbert, Lereboullet).

SYMPTOMATOLOGIE

Le début des accidents peut être brusque ou insidieux.

D'après les observations que nous avons parcourues et d'après celles que nous avons recueillies personnellement nous pouvons établir presque en règle que :

1° Le début est dramatique dans l'abcès consécutif à l'ulcère du duodénum ;

2° Il est brusque dans l'ulcère d'estomac ;

3° Il est subaigu dans l'appendicite ;

4° Il est insidieux dans le cancer d'estomac.

1° Le début est suraigu. Le malade est pris d'une douleur violente, en coup de poignard, il porte immédiatement sa main à l'hypocondre droit et localise le point de départ des phénomènes douloureux à l'intersection du rebord costal et de l'insertion du muscle grand droit, si bien que, souvent, en l'absence de tous signes gastro-intestinaux nets, on a tendance, à cause des phénomènes digestifs vagues, et de la pâleur presque subictérique de ces sujets, à penser qu'il s'agit de la rupture d'une vésicule biliaire suppurée, ou bien d'une crise de coliques hépatiques (obs. IX).

Ce sont des erreurs de diagnostic qui peuvent être faites.

En somme, la période prodromique passe inaperçue, et c'est seulement après coup que le malade ou l'entourage, interrogé, harcelé de questions, raconte l'histoire vague de cette période d'endolorissement, peu marqué d'ailleurs, qui a à peine attiré l'attention.

Et d'ailleurs, si nous consultons les traités classiques, nous lisons en effet que cette phase pour ainsi dire sournoise, latente, est la règle dans l'ulcère du duodénum. M. Dieulafoy n'écrit-il pas : « Pour le duodénum l'ulcère latent est la règle. »

Comme la perforation s'est faite dans la grande cavité péritonéale il n'y a pour ainsi dire pas *d'intervalles libres* entre les phénomènes de perforation et le développement de la suppuration sous-phrénique.

Dans ces cas de perforation suraiguë du duodénum nous avons pu observer ou recueillir deux faits :

a) Ou bien l'on voit se dérouler tous les phénomènes de péritonite généralisée aiguë putride et ces faits ne nous intéressent pas ;

b) Ou bien la perforation a été préparée par des phénomènes latents de « péri-duodénite » s'il nous est permis d'employer cette expression, et malgré le début cataclysmique, les symptômes péritonéaux sont localisés à l'étage supérieur de l'abdomen et dans la région de la vésicule biliaire. Le malade présente le facies abdominal, le pouls est petit, filiforme,

le ventre est tympanisé à la partie supérieure et masque la matité hépatique. Une hyperthermie extrême (39° 5, 40 degrés) accompagne les accidents, l'algidité, le collapsus dominant ; les extrémités sont froides, cyanosées.

Le plus souvent le malade meurt, et à l'autopsie on trouve une collection suppurée à la face inférieure du lobe droit du foie contenant des gaz putrides, empiétant même sur le vestibule de l'arrière cavité des épiploons.

Parfois, malgré ce début bruyant à grand fracas, les phénomènes se calment et l'on assiste au tableau clinique d'une collection sous-phrénique à type abdominal que nous aurons à décrire.

Comme on le voit nous avons, dans ce chapitre du début, exposé toute l'histoire de l'abcès sous-phrénique à type suraigu. C'est qu'en vérité il serait par trop schématique de séparer cette période de début de celle qui lui fait suite, d'autant qu'il n'y a pas dans ce cas, comme nous venons de le dire, d'intervalle libre et que toute la scène se déroule sans interruption.

2° Le début est brusque. C'est en général celui de l'abcès qui suit l'ulcère d'estomac.

Ici, nous insistons sur l'importance de la localisation douloureuse qui fait croire à un point de côté thoracique ; et, comme les phénomènes d'auscultation, la dyspnée, due à l'immobilisation du diaphragme, font croire à un épanchement pleural, le

diagnostic de pleurésie diaphragmatique peut être porté.

M. J.-L. Faure a déjà beaucoup insisté sur cette douleur thoracique consécutive à une perforation de l'estomac. « Cette douleur thoracique, dit-il, peut siéger dans l'une ou l'autre épaule, dans la région interscapulaire ou un peu plus bas en pleine colonne vertébrale, mais elle se distingue parfaitement de la douleur abdominale qui, elle, se localise au niveau de l'ombilic, dans le bas-ventre, dans les fosses iliaques. »

Mais la douleur n'est pas toujours interscapulaire, elle peut être antérieure, sous-mammellaire, s'accompagner de dyspnée vive et simuler parfaitement une pleurésie.

Nous ferons remarquer également qu'il peut y avoir absence totale de vomissements, ce qui vient compliquer le diagnostic déjà si délicat.

3° Parfois le début est subaigu. Deux ou trois ans auparavant le malade, atteint d'une crise appendiculaire, pour laquelle il est venu consulter à l'hôpital, suit un régime alimentaire. Néanmoins son état gastro-intestinal ne s'améliore pas, il n'a pas d'appétit. Habitué par période à quelques phénomènes d'endolorissement du côté droit, il se couche, se met à la diète, puis tout va bien. Trois, quatre mois après, il se plaint d'endolorissement au niveau de l'épigastre, il digère mal, il a de la fièvre. Ce mouvement fébrile accompagné de phénomènes vaguement douloureux ne cède à aucune médication, le malade s'alite et

l'on voit progressivement s'installer une suppuration sous-phrénique.

PÉRIODE D'ÉTAT

Les abcès sous-diaphragmatiques siégeant au niveau de la zone frontière thoraco-abdominale, se caractériseront cliniquement par des symptômes thoraciques et par des symptômes abdominaux.

La collection est-elle franchement sous-hépatique, prégastrique, nous aurons le type abdominal.

Le pus se collecte-t-il entre diaphragme et foie ; le type thoracique se trouvera réalisé.

Nous aurons donc à considérer deux syndromes distincts suivant le siège de l'abcès.

I. — *Type abdominal*

On décrit dans les classiques des irradiations multiples des phénomènes douloureux. Nous devons ici faire ressortir les deux types de douleur que nous avons pu observer nous-mêmes ou relever dans les observations. Ou bien le malade continue à se plaindre de ce point de côté qui a ouvert la scène immédiatement après la perforation stomacale, cette douleur est plus supportable, le malade a de la dyspnée ; ou bien il souffre dans l'hypocondre droit et la douleur se localise au niveau de la région de la vésicule, et, dans les observations que nous rapportons à la

fin de ce travail, on verra que dans certains cas le diagnostic de colique hépatique fut porté ; on ne songea donc pas à intervenir.

Cette douleur est spontanée mais elle est exagérée par la toux, les mouvements d'inspiration profonde : de sorte que la partie inférieure du thorax est immobilisée.

Parfois, elle est calmée par la position du malade, qui, de lui-même, se penche de tel ou tel côté et trouve une attitude de soulagement qu'il conservera pendant tout le cours de la maladie. Si nous envisageons à cet égard un grand nombre d'observations, nous voyons mentionner indifféremment « que le malade se couche du côté de l'abcès, ou bien du côté sain ». En général il semble que le malade se pelotonne autour de son mal, relâche les muscles abdominaux, se couche en chien de fusil sur le côté sain, évitant toute pression du côté malade.

Nous rappelons en outre le grand nombre de cas où les vomissements manquent.

La constipation est opiniâtre, rebelle à toute médication ; plus rarement on a observé de la diarrhée horriblement fétide.

Symptômes physiques. — A l'inspection de la région épigastrique on ne note parfois rien de particulier ; d'autres fois, en regardant à jour frisant on aperçoit une légère voussure ; à un degré plus marqué enfin, cette déformation est des plus nettes, contrastant avec l'affaissement de la région sous-ombilicale. Comme le font remarquer tous les auteurs,

cette voussure est surtout très considérable, dans les cas d'abcès gazeux : une bosse énorme attire de suite l'attention et impose le diagnostic. Il est rare que l'inflammation envahisse le plan cutané et l'œdématisé. Ce fait, rapporté par M. Piquand, est certes infiniment exceptionnel.

A la palpation, le moindre frôlement des téguments de la région épigastrique réveille une contracture de défense extrêmement nette. Il faut, comme le dit M. Lejars, « amadouer la paroi contracturée et douloureuse ». Quand par ces moyens de douceur on arrive à déprimer les téguments, il arrive qu'on sente une sorte de gâteau, d'empâtement, mais il est exagéré de dire avec Guibal que la consistance de l'abcès est parfois franchement fluctuante. C'est là un fait tout à fait exceptionnel et mieux vaut le passer sous silence.

Il en est de même des frottements péritonéaux.

La percussion donne parfois une ligne de matité remontant au niveau de la base du poumon allant plus ou moins haut et qui en imposerait pour une collection pleurale, n'était, outre les signes gastriques concomitants, la forme même de cette matité qui est concave en bas.

L'abcès est-il gazeux ? On perçoit un son tympanique des plus nets.

L'attitude du malade modifie cette sonorité ; la matité existe dans les régions déclives si le sujet est assis, au-dessus au contraire, tout est sonore. Et ce tympanisme, siégeant en somme au niveau

de la région pleurale, en impose souvent pour un pneumothorax, d'origine pulmonaire.

Comme pour le pneumothorax on entend à l'auscultation les bruits habituels, tintement métallique, succussion hippocratique due au clapotement des gaz et des liquides, lorsqu'on secoue le malade.

Il faut éviter toutes les erreurs dues au clapotement des organes creux qui avoisinent l'estomac et de l'estomac lui-même.

II. — *Type thoracique*

Les symptômes fonctionnels thoraciques occupent la première place.

Le malade respire péniblement, la dyspnée peut être parfois très vive ; elle est due soit à la douleur causée par l'inspiration, soit à la paralysie du diaphragme qui se fait vers la fin de la période d'état (Scheurlen), soit enfin à un épanchement pleural qui accompagne très souvent les abcès sous-phréniques.

On constate à maintes reprises du hoquet ; par contre la toux est exceptionnelle.

A l'inspection du thorax, on remarque de l'élargissement de la base, et surtout une immobilité de toute la partie inférieure. Ce dernier symptôme est de grosse importance, et bien des auteurs le passent sous silence. Souvent, sans qu'il y ait de distension des espaces intercostaux, de voussure, ni d'œdème, l'immobilité constitue un signe de grosse présomption, car on vient de connaître, de par l'interroga-

toire, le passé gastrique du malade, et d'autre part un coup d'œil jeté sur la feuille de température montre une courbe thermique caractéristique des grandes suppurations.

A la palpation, on peut noter, si l'abcès siège à gauche du ligament falciforme, un soulèvement de la pointe du cœur qui diffère bien de son refoulement à gauche ou à droite dans les pleurésies droite ou gauche.

Les renseignements fournis par la percussion et l'auscultation varient suivant que l'abcès est gazeux ou ne l'est pas.

S'il est simplement purulent, la matité peut couvrir tout l'espace de Traube. dans les abcès à type thoracique de la face antéro-supérieure de l'estomac, ou bien remonter à droite assez haut, à l'épine de l'omoplate, dans certains abcès consécutifs à une suppuration par perforation lente d'un ulcère du duodénum (Scheurlen).

A l'auscultation on a tous les signes d'une pleurésie : abolition du murmure vésiculaire, souffle au-dessus de l'épanchement.

L'abcès est-il gazeux ?

On a à la percussion un son tympanique métallique caractéristique.

A l'auscultation, tous les bruits hydroaériques classiques.

III. — *Abcès rétro-péritonéaux*

Ces abcès sont souvent remarquables par leur latence ou par leur allure subaiguë.

Un sujet est atteint d'appendicite ; à la suite de la deuxième ou troisième crise, il accuse une légère douleur à l'hypocondre droit.

Ou bien, dans un deuxième cas : tel sujet atteint d'appendicite, et qui a eu plusieurs crises successives, présente une indolence remarquable à l'exploration de la fosse iliaque droite.

Par contre, il a peu d'appétit, il a un teint terneux ; ses conjonctives sont subictériques, sa température depuis quelques jours oscille entre 38°3, et 39°5, et pourtant on déprime bien sa paroi abdominale à droite, à gauche, au niveau de l'épigastre. Mais vient-on par hasard à examiner sa région costolombaire, on remarque une asymétrie des deux côtés : la fosse costo-lombaire droite est un peu tuméfiée ; à bien voir on remarque une légère circulation veineuse superficielle.

Enfin, la pression des doigts immédiatement au-dessous de la douzième côte révèle la présence d'un certain degré d'œdème, et par cette dépression de la paroi lombaire, on a réveillé de la douleur, certes pas très vive, mais suffisante pour que le malade ait grimacé.

D'ailleurs, comme on hésite encore à se prononcer pendant deux ou trois jours, la douleur, à une pres-

sion plus modérée devient plus nette, l'effacement du creux costo-lombaire, l'œdème, la circulation collatérale s'accusent davantage, et l'on est amené à ouvrir par voie lombaire ces collections, qui finissent en général bien, par une incision très large avec drainage.

Telle est, résumée, la symptomatologie tirée de l'histoire de la malade que nous avons pu examiner et dont nous rapportons l'observation.

Dans les trois types d'abcès que nous décrivons nous avons insisté chemin faisant sur l'importance de certains phénomènes généraux. Résumons-les ici : car ils sont communs à toutes les formes d'abcès quel que soit leur siège.

La température, sans être toujours très élevée, présente de grandes oscillations.

Le facies est plombé, les traits tirés, les yeux cernés, la langue sèche, les urines rares.

Le pouls est rapide, parfois filiforme.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

I. — COMPLICATIONS DE L'ABCÈS A TYPE THORACIQUE

1° *Les abcès à type thoracique* peuvent se propager vers la plèvre et le poumon :

La propagation de l'inflammation à la plèvre, dit Guibal, est banale.

Pour Leyden elle serait même constante, Scheurlen la rencontre dans la moitié des cas, Nowack dans les deux cinquièmes des observations, Lang dans le quart des cas. La nature et le degré des lésions sont variables et on trouve tantôt une pleurésie sèche, une pleurésie séreuse, tantôt un empyème ou un pyo-pneumothorax.

L'ouverture dans les bronches existait 23 fois sur 168 dans la statistique de Lang. Sur 18 cas où le siège de la fistule broncho-péritonéale est noté, Cauderay le trouve 13 fois à droite, 5 fois à gauche.

Enfin, dit M. Guibal, la vomique apparaît sans cause déterminante ou à l'occasion d'un effort, d'une quinte de toux (Monod), au moment où le malade absorbe du liquide.

Nous ferons remarquer cependant que cette évolution thoracique qui est considérée comme la règle

constante par Leyden, dans les suppurations péri-hépatiques, serait moins fréquente dans les abcès d'origine gastro-intestinale, et il semble, d'après un grand nombre de statistiques, que cette évolution dans ces cas existe dans une proportion de 10 0/0.

2° *Complications péricardiques.* — D'après M. Piquand cette complication se rencontrerait dans une proportion de 3, 6 pour 16.

Pour Lang et Finkelstein elle serait plus élevée :

1° Sur 163 cas, 16 péricardites.

2° Sur 252 cas, 13 péricardites.

On assiste à l'évolution d'une péricardite suppurée avec douleur, dyspnée violente, cyanose rapide et mort.

II. — COMPLICATIONS DE L'ABCÈS A TYPE ABDOMINAL

1° *Péritonites par perforations.* — Martinet, Poillaillon, Finkelstein, Barnard en rapportent plusieurs cas ; l'abcès enkysté rompt ses adhérences et envahit la grande cavité. M. Piquand rapporte à cet égard une observation personnelle intéressante.

« Homme de trente-neuf ans, atteint d'appendicite.

Opération à chaud et ouverture d'un abcès de la fosse iliaque droite sans enlèvement de l'appendice.

Quelques jours après, élévation de la température, douleur et tuméfaction de la fosse iliaque gauche, où se montre bientôt un plastron, puis une collection nettement fluctuante ; on ouvre et on draine un

deuxième abcès intra-péritonéal limité par des adhérences.

Après quelques jours de réunion, le malade se plaint de gêne respiratoire et de douleur dans l'hypocondre droit, en même temps que la température remonte aux environs de 39°. L'examen montre une tuméfaction très nette de l'hypocondre droit avec abaissement du foie et matité dans la partie inférieure du thorax. On fait le diagnostic d'abcès sous-phrénique droit, que l'on décide d'inciser par voie abdominale, lorsque pendant que l'on faisait son pansement, le malade est pris d'une douleur extrêmement vive et succombe en quelques heures. Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, on pense que la mort est due à la rupture d'un abcès sous-phrénique dans le péritoine ».

L'abcès peut encore s'ouvrir dans les divers segments du tube intestinal.

Nombreuses sont les observations d'ouverture de ces abcès dans l'estomac, le duodéum, le jéjuno-iléon. MM. Macaigne et Souligoux rapportent un cas d'abcès communiquant avec l'estomac, le pus passant par l'ulcère qui avait causé l'abcès.

Dans un cas de MM. Gilbert et Lereboullet, l'ouverture de l'abcès se fit au niveau du cæcum.

La guérison après cette évacuation est exceptionnelle, car il se fait une fistule avec diarrhée purulente continue, prolongée, qui épuise le malade : il se cachectise et meurt.

Enfin on cite comme très rares les cas où l'abcès se fit jour à la peau, aux espaces intercostaux, à l'ombilic ; il en résulte alors des fistules cutanées avec suppurations interminables.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est le plus souvent hérissé de difficultés, car il est rare que l'on ait affaire à des cas schématiques : malade ayant un ulcère d'estomac avec tout son cortège symptomatique, faisant brusquement une perforation, à la suite de laquelle on voit se dérouler le tableau clinique d'une suppuration péritonéale localisée. Bien des causes d'erreur viennent compliquer le problème.

Ainsi, le malade qui est l'objet de notre principale observation raconte incidemment une histoire d'affection gastrique, il prononce le nom de vomissement noirâtre qui ressemble à du sang, mais en présence de signes nets de spécificité et de crises d'angine de poitrine, de lésions aortiques actuelles, d'abolition des réflexes, on perd de vue son passé gastrique et les symptômes consécutifs à la perforation de l'estomac sont mis sur le compte d'une aortite abdominale.

D'autre part, il est une cause d'erreur importante : c'est le développement latent de l'affection causale.

Mais nous ne saurions trop insister sur les symptômes qui auraient pu nous permettre d'affirmer ce diagnostic : c'est cette douleur thoracique chez un

malade atteint d'une affection gastrique antérieure, et il faut à cet égard savoir interroger son malade, fouiller son passé pathologique.

C'est cette douleur vésiculaire, s'il nous est permis d'employer cette expression, qui indique bien la localisation précise des phénomènes douloureux consécutifs à l'ulcère du duodénum, mais douleur vésiculaire brusque, sans ictère, ne survenant pas trois, quatre heures après le repas, mais à une heure quelconque de la journée.

L'esprit étant déjà prévenu par ces phénomènes très importants, on complètera son diagnostic par l'exploration physique du malade.

L'inspection permettra de remarquer cette immobilité de la base du thorax sur laquelle nous avons bien insisté déjà.

La palpation permettra d'apprécier :

1° Le siège de la douleur ; on la réveillera parfois très bas sous le rebord costal, on sentira même un certain empâtement ;

2° Le déplacement du cœur qu'il faudra rechercher soigneusement. La pointe est élevée dans les suppurations sous-phréniques, elle est déviée au contraire à droite ou à gauche dans les pleurésies.

La percussion permettra d'apprécier la forme de la matité, concave en bas dans l'abcès sous-phrénique, concave en haut, comme on sait, dans les pleurésies.

On a beaucoup insisté sur l'importance diagnostique des troubles respiratoires.

On les exagère certes. Car soit du fait du refoule-

ment du poumon, soit à cause de la coïncidence de l'extension des phénomènes inflammatoires à la plèvre, les signes pleuraux sont très fréquemment observés, et sont notés dans plus des quatre cinquièmes des observations.

Souvent le diagnostic est si difficile qu'il est besoin de recourir à la ponction exploratrice. On fait cette ponction sur la ligne axillaire postérieure au niveau du dixième espace ; on pratiquera plusieurs ponctions dans l'espace sus-jacent avant de nier la présence d'une collection suppurée car on peut très bien passer à côté. Parfois on voit des gaz fétides s'échapper par l'aiguille. A-t-on trouvé du pus ? Il faut pouvoir affirmer qu'il vient d'une collection sous-diaphragmatique. On connaît le signe classique de Fürbringer.

« Lorsque l'aiguille a traversé le diaphragme de part en part, elle en suit le mouvement, mais la portée extra-thoracique de l'aiguille, ayant pour point d'appui l'espace intercostal, exécutera les mouvements dans le sens opposé, c'est-à-dire, s'élèvera lors de l'abaissement du diaphragme et réciproquement. » Si donc on a ramené du pus par la ponction et que l'on constate ce va-et-vient de l'aiguille on aura de bonnes raisons de conclure à l'existence d'un foyer sous-phrénique ; mais pour observer ce phénomène il faut que le diaphragme jouisse de la liberté de ses mouvements, ce qui n'est pas la règle dans les abcès sous-phréniques.

Le diaphragme est en effet souvent parésié (Scheur-

len). Cependant cette parésie n'apparaissant qu'à une période déjà avancée de la maladie, ce signe peut être d'une grande utilité.

Pfühl donne un autre signe.

Si l'on ponctionne avec un gros trocart et qu'on y adapte un manomètre, on voit la pression s'élever dans l'inspiration, et s'abaisser dans l'expiration, à l'inverse de ce qu'on observerait dans les collections pleurales.

Enfin Jaffé fait remarquer que pendant l'inspiration le pus s'écoule avec plus de force, au contraire de ce qui se passe dans les pleurésies.

Radioscopie. — L'examen radioscopique est très important : il montre l'exagération de la dénivellation, normale d'ailleurs, des deux côtés du diaphragme.

Il faut faire cette radiographie le malade étant assis.

« Le sujet, dit M. Loison, placé, devant l'écran fluorescent, si la plèvre est libre, nous voyons immédiatement apparaître le dôme diaphragmatique, mais la coupole droite est située à un niveau plus élevé que la gauche et présente par rapport à cette dernière une dénivellation pouvant aller jusqu'à 7, 8, 10 centimètres. En outre, la moitié gauche continue à se mouvoir par l'effet de la respiration, et le cul-de-sac costo-diaphragmatique reste libre surtout pendant l'inspiration ; à droite, au contraire, le diaphragme est immobilisé à peu près complètement et le cul-de-sac est supprimé en partie. »

L'épanchement est-il sus-diaphragmatique, dans la cavité pleurale, l'aspect est tout différent.

« D'abord, on constate du côté malade la disparition complète du contour diaphragmatique, de plus la zone normalement claire du thorax est remplacée sur une hauteur plus ou moins considérable par une zone sombre, limitée en haut par une ligne horizontale ou légèrement concave ; en dedans, cette zone sombre se continue avec l'ombre du cœur, tandis qu'en cas d'épanchement sous-phrénique l'ombre du cœur est toujours au-dessus de celle de la collection. »

Si l'on a affaire à un abcès gazeux, la radioscopie nous est encore d'un grand secours, car on voit 3 bandes superposées : En bas zone sombre répondant à la collection purulente et au foie, au milieu zone claire, en haut bandelette diaphragmatique refoulée.

Cet examen permettra donc d'éliminer toutes les affections thoraciques pouvant en imposer pour un abcès sous-phrénique c'est-à-dire surtout et avant tout la pleurésie purulente.

II. — *La collection est abdominale*

Il faut éliminer l'hypothèse d'une suppuration du foie et des voies biliaires.

L'importance de la localisation des phénomènes

douloureux au moment de l'explosion des accidents nous viendra encore en aide.

En outre, Besredka, dans sa thèse, insiste sur deux symptômes très importants :

1° L'ictère qui s'observe fréquemment dans les abcès du foie et ne se rencontre presque jamais dans les abcès sous-diaphragmatiques ;

2° L'élévation de la température qui, d'ordinaire très marquée dans des abcès du foie, ne s'observe presque jamais dans les abcès sous-phréniques.

Si le premier signe est souvent vrai et nous avons personnellement attiré l'attention sur l'importance de ce phénomène négatif, le second est inexact, dans la plupart des cas ; mais la recherche des antécédents dysentériques a une toute autre valeur ; et il faudra chaque fois interroger soigneusement le passé du malade,

On a confondu, dit M. Piquand « les abcès gazeux avec la dyspepsie gazeuse et la dilatation d'estomac » ; c'est cette dernière erreur qui paraît le plus difficile à éviter ; dans les deux cas en effet on trouve du ballonnement épigastrique, un tympanisme limité en bas par une zone de matité, un bruit de clapotage avec succussion hippocratique.

L'évacuation de l'estomac par lavage permettra dans ce cas d'éliminer la dilatation, si les symptômes persistent encore après le sondage.

III. — *Abcès postérieurs sous-péritonéaux*

Nous avons rappelé l'histoire d'une malade atteinte d'appendicite et présentant les phénomènes d'une périnéphrite suppurée. La recherche minutieuse du point de départ de la collection suppurée est absolument nécessaire pour affirmer ce diagnostic. L'erreur, dans ce cas, est d'autant plus facile que la crise est peu accusée, que les douleurs siègent au-dessus de la ligne ombilico-iliaque, et l'on a tendance à penser qu'il s'agit d'une suppuration périnéphrétique, à point de départ inconnu, peut-être infection générale dont la porte d'entrée est au niveau des amygdales, comme dans un cas que nous avons vu discuter à l'hôpital.

IV. — *Abcès profond, arrière cavité*

Quant aux abcès de l'arrière cavité des épiploons, leur indolence ou plutôt leur caractère latent est bien spécial. On a affaire en général à un cancéreux qui accuse des douleurs lombaires rappelant celles du pot-tique ; il s'assied mais se penche difficilement, sans qu'il y ait à vrai dire de raideur de la colonne vertébrale, mais simplement une légère contracture de défense que le malade arrive à vaincre facilement. En outre ces malades ont une température au-dessus de la normale, mais pas très élevée, 38 degrés à 38°5. Cette température date du moment où la collection s'est

constituée à la suite d'un travail de perforation qui s'est fait très lentement.

Le diagnostic est rarement fait sur le vivant. Mais en nous rapportant à certains passages, *peu soulignés* d'ailleurs, des observations de Scheurlen, de Martinet, de Hilton Fagge, de malades morts de cancer d'estomac avec perforation de la face postérieure, dont l'autopsie fut faite, notre attention a été attirée par la constance de ces phénomènes de raideur lombaire : mais ces faits sont peut-être insuffisants pour avoir une valeur diagnostique réelle. Cependant la remarque de ce symptôme a son importance et il serait intéressant d'en rechercher la fréquence.

TRAITEMENT

Avant la méthode des interventions avec large ouverture, la seule rationnelle, la ponction était autrefois en honneur. Il en est d'ailleurs, à cet égard, du traitement de ces abcès, comme de celui des collections hépatiques ou spléniques (kystes du foie, de la rate). On préconisait autrefois la ponction simple ou avec pompe aspirante. Mais si l'on consulte les statistiques fournies par les différents auteurs, on voit qu'il ne faut pas s'arrêter à ce mode de traitement. Martinet donne plus de 83 o/o de mortalité dans les cas traités par la ponction.

Il faut avant tout inciser largement et drainer.

Mais où doit se faire cette incision ? Le siège doit être subordonné à celui de la collection.

Trois voies permettent de les atteindre :

- 1° La voie abdominale ;
- 2° La voie lombaire ;
- 3° La voie transpleuro-diaphragmatique.

I. — *Voie abdominale*

De deux choses l'une :

A. — Ou l'abcès déborde le rebord costal ;

B. — Ou il est masqué par lui ;

a) Dans le premier cas il siège à la région épigastrique.

Le point important, dit M. Lejars, est de porter le bistouri en pleine voussure, de ne pas descendre trop bas, autrement dit, de ne pas franchir la barrière d'adhérences souvent fragiles qui circonscrivent l'abcès. Or le fait peut se produire dans certains cas où la limite inférieure de la collection se distingue mal du ballonnement sous-jacent.

S'il arrive qu'en bas on pénètre dans le péritoine libre, au-dessous du niveau des adhérences, on n'aura rien de plus pressé que de fermer et de protéger tout de suite la grande cavité.

En général on tombe en plein foyer et dès qu'une boutonnière est faite au péritoine, des gaz fétides et du pus s'échappent avec bruit. Il ne reste plus qu'à agrandir l'incision de bas en haut et à vider l'abcès. Ceci fait, il sera utile de déterger doucement les parois avec des tampons montés, et, au besoin, de faire un lavage à l'eau bouillie chaude, lent et sans trop de pression ; on pourra de la sorte bien examiner la vaste poche, et parfois reconnaître et ouvrir des collections diverticulaires.

b) La collection est-elle sous-costale ? Si elle n'est pas très haut située, on peut par une incision parallèle au rebord costal ouvrir et drainer ces abcès.

Au contraire, si on ne peut atteindre les abcès cachés par le rebord costal, on peut en faire la résection typique suivant la méthode de Lannelongue et

Canniot, Monod et Vanverts, ou atypique suivant celle d'Auvray, ou bien mobiliser et renverser le rebord costal sans le réséquer (procédé de Marwedel).

On a recours en général aux deux premiers procédés.

Procédé de Lannelongue. — Après avoir abandonné le bord du sternum et longé le sixième espace intercostal près du bord supérieur du septième cartilage, le cul-de-sac costo-diaphragmatique croise le septième cartilage costal à 15 millimètres en avant de la septième articulation chondro-costale, le huitième cartilage à 7 millimètres en avant de la huitième articulation chondro-costale, les neuvième et dixième côtes à 10 millimètres en arrière des neuvième et dixième articulations chondro-costales pour atteindre la onzième côte à 20 millimètres de son extrémité antérieure.

L'opération se fait en cinq temps :

1° Incision de téguments à 2 centimètres au-dessus du rebord costal. Elle commence à 3 centimètres du sternum pour finir à l'union de la dixième côte et de son cartilage ;

2° Libération de la face antérieure du rebord costal ;

3° Section des cartilages et côtes (7, 8, 9, 10).

4° Désinsertion des muscles qui s'insèrent sur le volet (diaphragme, transverse) ;

5° Section de la cloison formée par ces muscles et ouverture de l'espace sous-phrénique.

Procédé d'Auvray. — « Désinsertion des muscles de la face externe et du bord inférieur du thorax, section verticale et dans toute son épaisseur du cartilage de la neuvième côte. Ce cartilage détaché est saisi avec une pince et soulevé d'une main pendant que le bistouri rase les insertions musculaires de la face profonde. Cette brèche faite, on peut l'élargir, l'agrandir; pour cela les cartilages sont l'un après l'autre soulevés, dénudés au ras de leur face profonde puis sectionnés, enlevés. Quant au cul-de-sac pleural, on le refoule. »

II. — *Abcès thoracique*

Procédé transpleural de MM. Segond et Israël. — Ce procédé a déjà fait ses preuves dans le traitement des abcès du foie.

Premier temps. — Incision costale, postéro-latérale, le plus bas possible.

Deuxième temps. — Résection costale (en général 9 et 10).

Troisième temps. — On est en face de la plèvre; 2 cas sont à considérer :

1° Il y a des adhérences. Soudure des feuillets pariétal et phrénique de la plèvre; on ouvre les feuillets soudés sans risquer d'infecter la cavité pleurale;

2° Il n'y a pas d'adhérences; on en crée par une couronne de suture en surjet à points arrêtés, unissant la plèvre diaphragmatique et le diaphragme

d'une part à la paroi costale et à la plèvre pariétale d'autre part, puis, on incise.

III. — *Abcès sous-péritonéal lombaire*

On fait l'incision des abcès périnéphrétiques.

Incision partant de l'angle de jonction de la masse sacro-lombaire avec la douzième côte, suivant transversalement le rebord costal jusqu'à l'hypocondre (procédé de Fontan), qui donne beaucoup de jour. Si, par ce procédé, l'abcès est inaccessible, on résèque la douzième côte.

Suites opératoires

M. Piquand a réuni un certain nombre de statistiques de cas d'abcès sous-phréniques traités par incision et drainage et trouve « 477 cas avec 184 morts, soit un peu plus de 30 o/o de mortalité ». Cette proportion est certainement très considérable dit-il, mais les résultats opératoires n'en paraissent pas moins excellents si on les compare aux 92 o/o de mortalité que donnent les abcès abandonnés à eux-mêmes.

Maydl donne.....	48 o/o de mortalité	
Martinet »	46 o/o	»
Lejars »	42 o/o	»

Mais M. Piquand fait remarquer que ces statistiques s'améliorent progressivement et que depuis

quinze ans la mortalité post-opératoire tombe à 26 0/0.

Quelles sont les causes d'insuccès du traitement de l'abcès lui-même, c'est-à-dire, quelles sont les causes de la mort post-opératoire. On a incriminé l'existence d'une suppuration profonde qu'on n'a pu atteindre : donc traitement insuffisant ; ou bien la cachexie suppurative avec affaiblissement considérable des malades, pour ne citer que les deux causes les plus fréquentes.

Nous ne parlons pas des causes moins fréquentes, de pneumonie, de lésions du muscle cardiaque (myocardite), de péritonite généralisée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

(Service du D^r Hirtz à Necker.)

Abcès sous-phrénique consécutif à une perforation. — Ulcération cancéreuse de l'estomac, chez un syphilitique atteint d'artérite de l'aorte abdominale.

J. P..., âgé de cinquante-deux ans, ancien sergent de ville, entre à l'hôpital le 18 juillet 1906, parce qu'il a souffert la veille d'une crise terrible d'angine de poitrine. C'est d'ailleurs la huitième crise qu'a eue le malade.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mort de vieillesse. Mère morte bacillaire à l'âge de quarante-huit ans. Un frère bien portant encore vivant.

Antécédents personnels. — A eu quelques maladies de l'enfance (rougeole, scarlatine) et des bronchites fréquentes à l'âge de vingt-cinq ans, à la suite d'un rhume sérieux contracté disait le malade au service militaire.

A trente-deux ans a beaucoup souffert de l'estomac, a gardé le lit pendant près d'un mois ; il a vomi souvent, et une fois il a eu un vomissement noirâtre, qui ressemblait dit le malade, à de la bile épaisse. Le médecin fit le diagnostic de gastrite éthylique, car on lui défend tout alcool et il

se soumet dès lors à un régime alimentaire, d'abord lacté, puis lacto-végétarien. Depuis, les digestions sont toujours très pénibles.

A trente-cinq ans, il contracte la syphilis, voit apparaître un chancre, la roséole, puis il souffre de maux de gorge sérieux, sa voix devient un peu rauque, il consulte un spécialiste du larynx ; on lui donne le traitement spécifique qu'il suit pendant trois mois à peine.

A quarante-quatre ans, il cesse son service pendant près de trois mois, car il souffre de douleurs assez vives de l'estomac, il est très affaibli, il vomit le sang dit-il. Puis cette crise se calme, cède à un régime que le malade suivra pendant de longs mois.

Il y a deux ans, le malade éprouve les mêmes troubles digestifs, que le régime n'améliore pas ; de plus il étouffe quand il fait de longues marches ; vers cette époque il est pris d'une violente crise d'angine de poitrine, les crises se sont répétées depuis.

Il y a environ dix jours le malade ressent une violente douleur au niveau de l'ombilic, il s'alite pendant une semaine, il a de la fièvre depuis ; il a beaucoup maigri depuis un an. Il entre à l'hôpital.

Examen. — Malade affaibli, teint terreux, pommettes saillantes, fosses zygomatiques évidées.

Cœur. — A l'auscultation du cœur on entend un premier bruit rude, clangoreux à la base, un deuxième bruit soufflant, le cœur bat au cinquième espace intercostal. Pouls régulier, artères dures, en tuyaux de pipe, athéromateuses.

Poumons. — Un peu de matité à la base droite. Légère diminution du murmure vésiculaire.

Abdomen normal.

La dépression superficielle est douloureuse. La pression profonde impossible, le malade réagissant par une contraction de défense.

La partie inférieure sous-ombilicale du ventre est plus souple.

Toucher rectal, rien de particulier. Très grande constipation.

Etat général mauvais. Malade très maigre, langue sèche, blanchâtre. Température 38°3. Réflexes diminués très notablement. Il souffre un peu dans la colonne lombaire quand il s'assied, il a un peu de contracture, sans lésions d'ailleurs de la colonne vertébrale.

Traitement. — Iodure de potassium, traitement spécifique.

Diagnostic. — On pense à une aortite abdominale et on croit, étant donné la diminution des réflexes, à une manifestation gastrique du tabès !

Le malade pendant les jours suivants, dépérit, il refuse toute alimentation, vomit quand on veut lui faire prendre un peu de lait. Epuisé, réagissant à peine, plongé presque dans le coma il meurt bientôt.

Autopsie. — Perforation lenticulaire sur la face antérieure de l'estomac. Deuxième perforation pièce de 2 francs sur la face postérieure ; en soulevant la face postérieure on trouve une collection purulente, comprise entre l'estomac et le pancréas, s'étendant sous la face inférieure du lobe droit du foie ; la cavité purulente, tapissée de fausses membranes épaisses, contenant un liquide fétide fait de pus et de

débris alimentaires en putréfaction ; grande quantité de gaz d'odeur infecte.

A la coupe, l'estomac est infiltré, blanchâtre, induré au niveau des deux perforations. Le foie est normal ainsi que la rate.

A la coupe, l'aorte abdominale présente une belle plaque d'athérome qui siège au niveau du tronc cœliaque. Plaque également au-dessus des valvules sigmoïdes aortiques qui sont également infiltrées et à l'orifice des artères coronaires. Cœur normal.

Discussion. — Le diagnostic porté fut crise gastrique du tabès avec aortite abdominale, chez un malade ayant déjà de l'aortite et de la coronarite.

En somme le passé gastrique du malade, ses crises antérieures, précédant la syphilis étaient restées dans l'ombre et l'erreur de diagnostic était très explicable étant donnée l'association de crises d'angine de poitrine et d'abolition des réflexes qu'il présentait.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Service du D^r Beurnier à Tenon.)

Appendicite avec abcès sous-péritonéal

Léontine B.... âgée de vingt-sept ans. Entre dans le service le 20 mai 1904 parce qu'elle souffre dans la région lombaire depuis trois jours, elle a de la fièvre et des frissons sur tout le soir. On relève dans ses antécédents une histoire nette d'appendicite. Elle a eu il y a un an une crise douloureuse,

avec vomissements bilieux, un peu de fièvre; la crise a cédé au repos et à l'application d'un sachet de glace sur le ventre. Deuxième crise il y a deux mois. Douleurs dans la fosse iliaque droite, état nauséux, glace sur le ventre et diète hydrique. Aujourd'hui à la palpation elle n'accuse pas de douleurs à droite et c'est après l'examen de la région lombaire, que la malade nous donna tous les renseignements précédents.

On remarque en arrière au-dessous du thorax un effacement du creux costo-lombaire droit, un léger œdème, un certain degré de circulation veineuse collatérale.

Douleur modérée à la pression profonde de l'angle costo-lombaire. Fièvre 38°3. Pouls régulier.

Langue blanchâtre. Pas d'appétit.

Diagnostic. — Appendicite avec abcès sous-phrénique rétro-péritonéal.

Traitement. — Appendicectomie par voie antérieure et contre-ouverture de la région lombaire avec drainage. La malade sort le 12 juillet et revient pour les pansements de la fistule lombaire.

OBSERVATION III

(Martinet, 1898-1899.)

Abcès sous-phréniques multiples consécutifs à des ulcérations multiples à l'estomac. — Laparotomie. — Mort

La nommée B... Florence, âgée de vingt-huit ans, domestique, entre le 22 novembre 1897, salle Elisa-Roy, lit n° 8.

Antécédents. — a) Les antécédents héréditaires sont peu

précis, la mère encore vivante paraît jouir d'une bonne santé, avec, cependant, accès de dyspnée intermittente ; le père serait mort brusquement il y a quelques années peut-être d'anévrysme. Une sœur actuellement âgée de vingt ans serait anémique.

b) *Antécédents personnels.* — La malade a eu la coqueluche en bas-âge, la rougeole à dix-sept ans. Réglée à quatorze ans, elle a vu depuis régulièrement. Elle perdait en blanc pendant et en dehors de ses règles. Elle a accouché à vingt-trois ans d'un enfant bien portant. Elle a eu pendant sa grossesse un abcès de la grande lèvre qui fut ouvert à la maternité.

Depuis elle a eu plusieurs abcès semblables. Il y a quatre ans et demi elle eut dans les deux genoux et les pieds des douleurs rhumatismales violentes pour lesquelles elle fut traitée pendant deux mois à Hérold.

Maladie actuelle. — a) *Commémoratifs.* — Depuis le mois de juillet de l'année courante la malade dit avoir été toujours mal à l'aise. Elle eut un rhume à cette époque, elle perdit l'appétit et maigrit considérablement. La constipation est fréquente et opiniâtre mais jamais il n'y eut de vomissements, de dégoût électif pour tel ou tel aliment. Les digestions sont pénibles, longues, le ventre est météorisé après le repas mais il n'y a pas de douleurs réelles.

5 novembre. — Au matin, la malade ressent brusquement une douleur lancinante très aiguë dans le côté gauche au niveau de la ceinture, douleur irradiant vers l'ombilic, le creux épigastrique et la région dorsale. Elle doit prendre le lit, la fièvre et la soif sont vives, la langue pâteuse, quelques vomissements blanchâtres violacés (!) se produisent au

prix de grands efforts. La constipation est absolue, la dyspnée intense.

La teinte subictérique est assez prononcée pour qu'un médecin appelé diagnostique une colique hépatique et ordonne des piqûres de morphine.

b) *Examen*. — Elle entre à l'hôpital salle Bouley le 9 novembre, elle accuse des douleurs le long du sternum au creux épigastrique dans la région costale inférieure gauche et la région lombaire. La prostration est profonde, le facies grippé. La constipation persiste.

Elle a de temps à autre des frissons violents avec claquement de dents qui durent trois à cinq heures.

La dyspnée est intense, paroxystique (30 à 40 respirations par minute).

La palpation de l'épigastre et des hypocondres droit et gauche est fort douloureuse. Le ventre est un peu ballonné.

Il y a des frottements à la base gauche.

Du 9 au 17 novembre. — La température oscille peu autour de 38 degrés. A partir de ce moment la température devient plus irrégulière. La douleur se localise à l'hypocondre gauche, il y a de la matité et des frottements à la base gauche.

22 novembre. — M. Peyrot appelé pour voir la malade pratique une ponction exploratrice dans le huitième espace à la profondeur où, à son avis, il doit être dans la cavité pleurale, il ne retire rien. Il enfonce davantage l'aiguille et retire du pus fétide à une profondeur où il estime être sur le diaphragme. Il pense à un abcès de la loge splénique.

Le malade passe salle Elisa Roy.

La symptomatologie se modifie peu mais il se produit une voussure manifeste dans l'hypocondre gauche.

Opération le 25 septembre. — M. Peyrot. Ether.

Incision transpleurale d'un vaste phlegmon sous-splénique. — Incision de 10 centimètres sur la onzième côte ; résection de cette côte sur une longueur presque équivalente (la côte presque tout entière a été ainsi enlevée). La plèvre pariétale mince, étant incisée au bistouri, on tombe sur le diaphragme sans rencontrer de cul-de-sac pleural libre.

Il y a union intime de la plèvre pariétale et de la plèvre diaphragmatique.

Le diaphragme est incisé à son tour et on tombe sur une vaste cavité pleine de pus infect, d'odeur intestinale.

Le doigt porté dans cette cavité trouve qu'elle est limitée en haut par la voûte concave du diaphragme et en bas par une voûte convexe, mollasse, lisse, qui donne l'impression de la rate. L'incision de ces deux surfaces limitant la cavité en dehors se fait à une toute petite surface correspondant au bord inférieur de la douzième côte. La cavité va beaucoup plus loin et ses limites ne peuvent pas être atteintes avec les doigts en avant et en dedans ; on lave cette cavité à grande eau bouillie, on l'essuie avec des compresses et on note que toute la face que nous considérons comme formée en partie par la rate est couverte de fausses-membranes jaunes qui lui donnent l'aspect d'une écorce couverte de lichen. Dans ces manœuvres, la plèvre pariétale, que l'on avait cru entièrement unie à la plèvre diaphragmatique, s'est décollée de cette dernière : la cavité pleurale s'est trouvée largement ouverte, il s'est écoulé en grande abondance de la sérosité louche : on a pu voir, par l'ouverture, que la surface diaphragmatique de la plèvre était revêtue d'une large fausse membrane de couleur blanchâtre. On a

constaté que toute la base du lobe inférieur du poumon adhérerait au diaphragme.

La surface du poumon lui-même, jusqu'au niveau du bord du lobe supérieur que l'on a pu saisir et voir, toute cette surface est couverte de fausses membranes fixes, blanches.

On lave la plèvre, on place de gros drains dans l'abcès ; on sépare la cavité de la plèvre de celle de l'abcès en formant un éperon au moyen du bord postérieur de l'incision diaphragmatique attiré et fixé à la plèvre. Les bords du diaphragme incisé sont suturés à la paroi.

Suites. — Amélioration minime. Fièvre 38-39 degrés. Mort le 30 novembre.

Autopsie. — 1^{er} décembre, vingt-sept heures après la mort.

Résumé. — A l'ouverture du ventre, pas de lésions péritonitiques générales appréciables.

Estomac rétracté. Adhérences l'unissant au duodénum, au lobe gauche du foie à la paroi. Le foie est énorme, œdémateux. A droite du ligament suspenseur un abcès gros comme une grosse noix contenant du pus grumeleux.

On détache les adhérences qui unissent la face inférieure du foie à l'estomac on trouve un gros abcès inter-hépatogastrique.

L'estomac est ouvert, on examine sa cavité. Elle présente la forme d'un estomac en bissac. On voit, au niveau de l'anneau circulaire qui divise ainsi l'estomac au niveau de la muqueuse une petite ulcération ovale de la grandeur d'une pièce de 50 centimes ; perforation nette.

On découvre à la face postérieure et gauche, près de la grosse tubérosité une deuxième perforation (1 franc).

Autour de la rate, infiltration purulente, la rate n'est qu'une bouillie infiltrée de pus.

Poumon sain. Cœur normal. Diagnostic. Estomac biloculaire avec ulcère ; deux perforations stomacales ; trois abcès péritonéaux dont deux sous-diaphragmatiques.

OBSERVATION IV

(Alglave, 1905)

Perforation spontanée du duodénum

Le nommé T. E. . . , âgé de quarante-cinq ans, faïencier, domicilié à Saint-Maurice, entre à la Pitié, salle Michon, dans le service de M. le professeur Terrier, le 9 novembre 1905 à 6 heures du soir, pour de vives douleurs du ventre avec vomissements, qui durent depuis dix-huit heures.

C'est dans la nuit de mercredi à jeudi, vers minuit, que le malade a éprouvé subitement une douleur atroce, qui, au bout de quelques moments, s'étendait à tout le ventre.

Après quelques heures, la douleur, toujours de haute intensité, se localisait dans le bas-ventre, en même temps qu'apparaissent les vomissements. Ces vomissements furent d'abord alimentaires et le malade rendit vers quatre ou cinq heures du matin une partie des aliments qu'il avait pris avant de se coucher, c'est-à-dire une soupe au pain.

Peu après les vomissements devenaient verdâtres et biiieux, autant qu'abondants.

Le malade est vu dans la matinée par un médecin de la

localité et il est transporté à la Pitié dans l'après-midi, et nous le voyons vers 6 h. 1/2 du soir.

Nous le trouvons pâle, très faible, couvert de sueur, la figure défaite et les traits tirés.

Il vient de vomir de nouveau et se plaint de souffrir atrocement du ventre.

Il a de la dyspnée, ses mains sont froides. son pouls est petit, sa température est à 37°2.

Il n'a évacué ni matière ni gaz, depuis la veille au soir. Il a le ventre fortement ballonné, hyper-sonore au centre, mais avec un peu de matité dans les flancs, surtout à droite.

Il y a de la défense de la paroi abdominale « ventre de bois », surtout à droite et en bas.

La percussion portée dans les régions supérieures de l'abdomen révèle de la sonorité péri-hépatique non douteuse.

Il n'y a rien d'anormal du côté de la poitrine où la respiration est seulement courte, à type costal supérieur.

Il n'y a rien au cœur à l'auscultation.

Interrogé sur ses antécédents, le malade raconte qu'il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à il y a trois semaines.

Il avait seulement deux hernies inguinales qui le gênaient un peu pour son travail, mais qui étaient parfaitement réductibles. C'est seulement depuis trois semaines qu'il souffrait un peu du ventre et de l'estomac. Les digestions étaient devenues un peu pénibles, et c'est en raison de cela que le mercredi soir, quelques heures avant le début des accidents pour lesquels il vient, il avait seulement pris une soupe au pain avant de se coucher. Tout son passé de maladie était donc dans quelques troubles gastro-intestinaux éprouvés depuis trois semaines.

Néanmoins la soudaineté et la violence de la douleur, la sonorité préhépatique, la matité décline, les signes péritonéaux énoncés plus haut, la marche rapide des accidents et l'état général si alarmant du malade nous font faire le diagnostic de péritonite par perforation intestinale de siège impossible à préciser.

Nous nous décidons à intervenir, tout en nous promettant de ne pas prolonger l'intervention si la perforation n'est pas rapidement trouvée, l'état général du malade ne le permettant pas.

Résumé. — Intervention. Laparotomie médiane sous-ombilicale; échappement de gaz qui ne laissent aucun doute sur la perforation. Le péritoine est vidé de tout le liquide trouble qu'il contient.

Appendice et cæcum sains. L'iléon est très épaissi, congestionné, chargé de fausses membranes. Déroulé, il ne présente pas de perforation; au delà l'intestin grêle paraît sain. L'S iliaque est saine, mais le Douglas contient une grande quantité de pus et de fausses membranes. Après avoir évacué l'un et enlevé les autres, on place un drain dans le Douglas et referme la cavité péritonéale.

Le lendemain le malade souffre moins du ventre, son facies est meilleur, la température est à 37 degrés, son pouls à 110. Sa respiration toutefois reste courte et précipitée: il respire surtout par la partie supérieure du thorax, comme si son diaphragme était gêné dans son fonctionnement.

Amélioration pendant quatre autres jours, température, 37 degrés, pouls inférieur à 100. Ventre souple, non douloureux. Cinquième jour, température 37°9. Pouls 104. Ballon-

nement du ventre. Au sixième jour, la température monte à 38.6, le pouls à 110.

Le malade meurt dans la nuit du sixième au septième jour après l'opération.

Autopsie. — Faite vingt-quatre heures après la mort, elle montre l'existence d'une volumineuse collection sous-diaphragmatique. Liquide jaunâtre, sale, chargé de fausses membranes. Quantité, $\frac{3}{4}$ de litre. Collection limitée en arrière par la face antérieure du lobe droit du foie ; latéralement et à gauche par le ligament suspenseur du foie, en haut, comme à droite par la convexité du diaphragme, en bas par une barrière indécise située un peu au-dessous du bord inférieur du lobe droit du foie.

On trouve aussi des lésions de péritonite à droite sur le cæcum, le côlon ascendant, l'intestin grêle et de la péritonite pelvienne.

L'abcès sous-phrénique et la péritonite sont donc limités au côté droit de l'abdomen.

La cause de cette infection siège au niveau de l'origine du duodénum, au milieu de fausses membranes, c'est une perforation de la grosseur d'un grain de mil.

L'estomac est ouvert ; il paraît normal ; l'incision est prolongée au delà du pylore ; on trouve à quelques millimètres de la valvule pylorique une ulcération qui a en surface les dimensions d'une petite lentille ; c'est à son fond qu'on trouve la perforation.

OBSERVATION V

(Jalaguier, 1897.)

Un cas d'abcès sous-phrénique

Auguste L..., onze ans et demi, fut pris de point de côte, nausées, constipation. Il entre à l'hôpital Trousseau.

Examen. — Ventre ballonné légèrement, douloureux dans l'hypocondre et le flanc droit. A l'auscultation léger souffle de la base droite à la percussion, pas de matité. L'enfant ne peut se coucher sur le côté droit. La ponction exploratrice donne un résultat négatif.

7 janvier. — Poumon droit, souffle pleurétique avec œgophonie.

13 janvier. — Existence d'un point fluctuant au-dessous du rebord costal.

Diagnostic. — Pleurésie purulente diaphragmatique. Opération le 14 janvier. Résection de la neuvième côte. Sortie de gaz et de pus d'odeur fécaloïde. L'abcès se dirigeait vers la fosse iliaque en suivant le côlon ascendant.

Guérison complète en six semaines.

OBSERVATION VI

(Jayle. — *Bulletin de la Société anatomique*, 3 mars 1893.

Homme âgé de vingt-neuf ans présentant des antécédents dysentériques. Il a un point de côté thoracique qui siège

tantôt à droite, tantôt à gauche, le long du nerf phrénique.

Puis il ressent un violent point de côté à droite en même temps que s'installe une dyspnée intense. Il crache le sang.

A la percussion du thorax il présente de la submatité à droite et des signes de pleurésie.

Traitement médical. — Ponction exploratrice. Mort.

Autopsie. — Absès sous-phrénique rétro-hépatique, limité en avant par la face inférieure du foie basculé, en arrière par l'aorte, la veine-cave, l'œsophage à droite par la partie supérieure du rein, en bas par des adhérences entre le foie, le rein, le duodénum, le tissu cellulaire ambiant. Il communique en bas avec le duodénum, en haut avec la plèvre, et le poumon. Au foie, absès multiples qui ne communiquent pas avec le précédent.

Diagnostic rétrospectif. — Absès rétro-hépatique dû à la dysenterie, non secondaire à la rupture d'une suppuration hépatique ni à la perforation duodénale.

OBSERVATION VII

(Herrlich. — *Deutsch. med. Wochensc.*, p. 159, 1886.)

Absès sous-diaphragmatique droit consécutif à une péri-typhlite.

Incision transpleurale après résection de la cinquième côte.

Mort après vingt-quatre heures.

OBSERVATION VIII

(Saënger. — *Arch. für Heilkunde*, p. 246, 1878.)

Observation d'absès sous-phrénique gauche consécutif à une perforation d'ulcère stomacal. Pleurésie purulente.

OBSERVATION IX

(Bouchaud. — *Bull. Soc. anatomique*, p. 309, 1862.)

Antécédents dyspeptiques. — Vomissements survenant brusquement, douleur épigastrique.

Diagnostic. — Colique hépatique. Mort.

Autopsie. — Absès sous-phrénique à droite ; perforation du duodénum, suite d'ulcère.

OBSERVATION X (Williams, Londres)

(*Gazette médicale*, décembre 1846.)

Antécédents dysentériques. — Douleur brusque dans l'hypocondre droit, gargouillement, tintement métallique.

Incision, pus, gaz.

Mort six heures après.

Autopsie. — Absès sous-diaphragmatique communiquant avec une perforation du côlon transverse.

OBSERVATION XI (Wintrich.)

(*Virchow's Handbuch der Path. und Therap. der respir. org.*, p. 358, 1854)

Amaigrissement, expectoration catarrhale, dyspnée, succussion hippocratique.

Diagnostic. — Hydro-pneumothorax gauche.

Autopsie. — Absès sous-phrénique, perforation stomacale.

OBSERVATION XII (Barlow)

(*London med. Gaz.*, mai 1845.)

Femme, trente-neuf ans. Antécédents de gastrite, alcoolique datant de huit mois.

Douleur violente à gauche, irradiée à l'épaule, dyspnée, respiration amphorique, tintement métallique.

Diagnostic. — Absès diaphragmatique par perforation stomacale.

Traitement médical.

Mort.

Autopsie. — Absès sous-diaphragmatique et deux perforations stomacales, une au cardia, une sur la paroi antérieure.

CONCLUSIONS

L'étude anatomo-clinique et diagnostique des abcès sous-phréniques d'origine digestive nous a amené à faire les conclusions suivantes :

I. — On peut dire au point de vue anatomique qu'à chaque segment du tube gastro-intestinal correspond un siège spécial où se collecte la suppuration, consécutive à une lésion de cet organe.

1° a) L'abcès de la face antérieure de l'estomac fuse au niveau de la loge inter-hépto-phrénique gauche ou loge sous-phrénique antérieure et médiane.

b) L'abcès dû à une perforation de la face postérieure se collecte dans l'arrière cavité des épiploons.

c) L'abcès de la grande courbure fuse dans la loge péri-splénique.

2° L'abcès duodénal peut fuser dans la loge inter-hépto-phrénique droite comme l'abcès du lobe droit du foie ;

3° L'abcès appendiculaire est rétro-péritonéal et fuse dans la loge sous-péritonéale.

II. — Le siège de ces collections, variable suivant le siège de la lésion causale n'a pas qu'un intérêt anatomique, il a une valeur clinique importante, car les organes vers lesquels fuse cette suppuration réagi-

ront par une symptomatologie spéciale qui, comme nous allons le voir d'ailleurs, sera loin de mettre sur la voie du diagnostic.

Nous avons pu mettre en relief deux ordres de faits. D'une façon générale on peut dire que :

1. a) Le début cataclysmique est l'apanage de l'ulcère du duodénum. L'évolution de cet ulcère est lente. « Pour le duodénum dit M. le professeur Dieulafoy, l'ulcère latent est la règle » ; la perforation se fait brutalement sans grande réaction préalable.

b) Dans l'ulcère d'estomac le début est aigu.

c) Dans le cancer il est subaigu parfois latent.

d) Dans l'abcès appendiculaire il est variable.

2. a) La perforation duodénale avec formation consécutive d'une collection suppurée s'accompagne d'une douleur vésiculaire.

b) L'ulcère perforant de l'estomac s'accompagne de douleurs thoraciques.

c) Le phlegmon appendiculaire sous-péritonéal donne des signes de périnéphrite suppurée.

d) On peut relever de l'endolorissement de la région lombaire, avec quelque degré de raideur rachidienne dans certains cas d'abcès rétro-stomacal de l'arrière cavité,

III. — Au point de vue du diagnostic, la connaissance des faits précédents nous permettra de poser en règle que :

1. La constatation de phénomènes thoraciques brusque, chez un sujet dont l'interrogatoire permet de déceler un passé gastrique, devra nous amener

toujours à examiner soigneusement la région de l'estomac ;

2° Se trouve-t-on en présence d'un sujet atteint de phénomènes vésiculaires douloureux, brusques, il faudra en l'absence de troubles hépatiques (pas d'ictère, pas de fièvre bilioseptique) penser à une perforation du duodénum. Les cas sont nombreux (Martinet) où le diagnostic d'angio-cholite ou de colique hépatique fut porté dans ces circonstances ;

3° En présence d'une collection périnéphrétique, il faut se reporter vers la fosse iliaque droite et examiner minutieusement l'appendice.

La connaissance des phénomènes initiaux de ces abcès sous-phréniques permet d'intervenir à temps et d'aller droit au siège de la collection.

Comment l'atteindra-t-on, quelles sont les voies d'accès chirurgical ?

Dans le chapitre que nous leur consacrons, nous nous sommes contenté simplement de résumer les connaissances classiques sur ce sujet.

Vu le Doyen
LANDOUZY

Vu le Président de la thèse,
S. POZZI

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Auvray.* — Presse médicale, 1905, p. 17. Résection du bord cartilagineux du thorax (rupt. rate).
- Alglave.* — Un cas de perforation spontanée du duodénum. Soc. anat. 1905.
- Barlow.* — Lond. med. Gaz., mai 1845.
- Beclère.* — Les rayons de Röntgen et le diagnostic des affections thoraciques. Baillière, éditeur.
- Berger.* — Abscès sous-phréniques. Soc. de Chirurgie, 17 novembre 1897.
- Besredka.* — Abscès sous-phréniques. Etude clinique et pathog. Thèse de Paris, 1897-1898.
- Bouchaud.* — Bull. de la Société anatomique, 1862, p. 309.
- Bouchard et Brissaud.* — Traité de médecine.
- Celos.* — Thèse de Paris, 1902.
- Canniot.* — Résection du bord inférieur du thorax. Thèse de Paris, 1891.
- Carnot.* — Absc. sous-phrén. Semaine méd., 1906, n°8.
- Cauderay.* — Des abscesses sous-phréniques se terminant par vomique. Thèse de Paris, 1906.
- Courtois-Suffit.* — Notes sur trois cas d'abcès sous-phréniques gazeux — Soc. méd. des hôp., nov. 1897, p. 429.
- Dalbes.* — Etude des abscesses sous-phréniques. Thèse de Toulouse, 1900.

Dieulafoy. — Traité. Art. ulcère, estomac, duodénum.

— Pleurésie appendiculaire. Pr. méd., 1900, 31.

Debove et Remond. — Gazette des Hôpitaux, 1890. n° 124, p. 1150.

Debove et Achard. — Manuel de Médecine.

Faure (J.-L.). — La douleur thoracique dans la péritonite par perfor. de l'estom. Semaine médicale, 23 janvier 1901.

Fenwick. — The Lancet, 17 juillet 1886.

Foix. — De la péritonite circonscrite de la partie supérieure de l'abdomen. Th. de Paris, 1874.

Gaillard et Monod. — Un cas d'ab. sous-phr. gazeux, opération, guérison. Société Médicale des Hôpitaux, 29 juillet 1898.

Glantenay. — Appendicite sous-hépatique par arrêt de migration du cæcum. Pres. Méd., 1899, n° 2.

Grandsire. — Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques d'origine gastrique. Thèse de Paris, 1894.

Grumbain. — Zwei falle von abcessus subdiaphragm. Wien Med. Wochen., 15 fév. 1909.

Guibal. — Ulcère perforant de l'estomac. Revue chir. 1904, p. 262.

— Abcès sous-phrén. Rev. chir., 1909.

Hilton Fagge. — Guy s'Hospital Reports, 1874, vol. XIX, p. 213.

Hartmann. — Société de Chir., 5 janvier 1898.

Israël. — Berl. Klin. Wochen., 23 janvier 1888.

Jalaguier. — Ab. sous-ph. Soc. ch., 1^{re} décembre 1897.

Lannelongue. — Acad. des Sc., 31 mai 1887.

Lapointe. — Foyers à distance consécutifs à appendicite.

P. Med., 1900, n° 84.

Lejars. — Les supp. de la zone sous-ph. Sem. méd., mars 1902.

Leyden. — Berl. Kl. Woch., 1889, p. 649.

Martin. — Du pyothorax sous-phr. Th. de Paris, 1893.

Martinet. — Des Var. anat. d'abcès sous-phrén. Th. de Paris, 1898.

Maucclair. — Phréno-péritonite. Gaz. Hôp., 16 mars 1895.

Maydel. — Ueber subphr. abcesse. Vienne, 1894.

Marwedel. — Relèvement du rebord costal dans le but de faciliter les interventions sur l'hypocondre. Centralblatt für Chirurg., août 1903.

Monod et Vanverts. — Technique opératoire.

Piquand. — Revue de Chirurgie, 1909,

Pusinelli. — Berl. Kl. Wochen., 1887, p. 362.

Quénu. — Journ. Praticiens, 1898, p. 227.

Rabé. — Ab. gaz. sous-diaph. par perfor. d'ulcère de l'estomac ou duodéal. Pr. méd., 2 avril 1897.

Roger et Comte. — Pr. médicale, 29 septembre 1897, p. 189

Saënger. — Arch. f. Heilkunde, 1878, p. 246.

Siraud. — Nouveau procédé pour décoller cul-de-sac pleuro-diaph. droit (voie parapl. trans-diaph.).

Weber (J.). — Ein Weitbarer Beitrag zur cas. der subph. Abces, 1901, p. 127. Deut. Zeit. f. Chir.

Williams. — London Medical Gazette, décembre 1846.

Wintrich. — Virchow's Handbuch der Path. und Ther. der resp. dig., 1854, p. 356.

